فرم الف

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| واحد | |  | |
| نام شرکت | |  | |
| موضوع قرارداد | |  | |
| شماره قرارداد | |  | |
| تاریخ شروع و پایان قرارداد | |  | |
| شماره تماس شرکت | |  | |
| نام و نام خانوادگی پرسنل شرکتی متقاضی بیمه تکمیل درمان ( سال 1402-1403 ) | | | |
| ردیف | اسامی پرسنل | | |
| نام و نام خانوادگی | | نام پدر |
| 1 |  | |  |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| 4 |  | |  |
| 5 |  | |  |
| 6 |  | |  |
| 7 |  | |  |
| 8 |  | |  |
| 9 |  | |  |
| 10 |  | |  |
| 11 |  | |  |
| 12 |  | |  |
| 13 |  | |  |
| 14 |  | |  |
| 15 |  | |  |

صحت اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد:

مهر و امضاء واحد مربوطه مهر و امضاء شرکت طرف قرارداد